



EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN PARA NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS

NOMBRE DEL NIÑO:		EDAD: <input checked="" type="checkbox"/> RANGO DE MESES <input type="checkbox"/> 12-23 <input type="checkbox"/> 24-59	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:
1. ¿Tiene su hijo(a) una dieta especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [341-357] [425.6] Si contesta sí, escoja: <input type="checkbox"/> Vegetariana <input type="checkbox"/> Vegana <input type="checkbox"/> Baja en calorías/bajar de peso <input type="checkbox"/> Alergia o intolerancia a alimentos <input type="checkbox"/> Macrobiótica <input type="checkbox"/> Alimentación por sonda <input type="checkbox"/> Otra: _____ Si contesta sí, ¿se relaciona la dieta con un padecimiento médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2. ¿Cuáles de los siguientes alimentos come su hijo(a)? (seleccione todos los que correspondan) [425.5] <input type="checkbox"/> jugos frescos de frutas o verduras <input type="checkbox"/> salchichas, cortes de carnes frías sin cocinar <input type="checkbox"/> carne, pescado, pollo, pavo o huevos crudos o medio hechos <input type="checkbox"/> productos lácteos sin pasteurizar (de granja) <input type="checkbox"/> quesos suaves como Feta, Brie, Camembert, <input type="checkbox"/> brotes crudos (alfalfa, meliloto, frijoles, rábano) Queso Stilton, Queso blanco, Queso fresco <input type="checkbox"/> ninguno			
3. ¿Come su hijo(a) habitualmente objetos no comestibles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [425.9] Si contesta sí, seleccione todas las que correspondan. <input type="checkbox"/> Cenizas <input type="checkbox"/> Arcilla <input type="checkbox"/> Astillas de pintura <input type="checkbox"/> Almidón (para la ropa o almidón de maíz) <input type="checkbox"/> Fibras de alfombras <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Cigarrillos o colillas de cigarrillo <input type="checkbox"/> Gomaespuma <input type="checkbox"/> Tierra			
4. En un día normal, ¿cuántas veces come fruta su hijo(a)? <input type="checkbox"/> 5 o más <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ninguna En un día normal, ¿cuántas veces come verduras su hijo(a)? <input type="checkbox"/> 5 o más <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ninguna			
5. ¿Toma leche su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [425.8] Si contesta sí, ¿cuántas veces en un día normal toma leche su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Muchas veces (4 vasos o más) <input type="checkbox"/> Dos veces (2 vasos) <input type="checkbox"/> Tres veces (3 vasos) <input type="checkbox"/> Una vez o menos (1 vaso o menos) ¿Qué tipo de leche/fórmula toma su hijo(a)? (seleccione todas las que correspondan) [425.1] <input type="checkbox"/> Leche materna <input type="checkbox"/> Leche de vaca <input type="checkbox"/> Leche de cabra <input type="checkbox"/> Fórmula (nombre) _____ <input type="checkbox"/> Leche de arroz o Leche de almendra <input type="checkbox"/> Leche de soya <input type="checkbox"/> Leche sin lactosa <input type="checkbox"/> Otra _____ ¿Qué clase de leche toma su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Leche descremada (sin grasa) <input type="checkbox"/> Baja en grasa (1%) <input type="checkbox"/> Grasa reducida (2%) <input type="checkbox"/> Entera			
6. En un día normal, ¿cuántas veces toma agua su hijo(a)? <input type="checkbox"/> 4 o más <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ninguna En un día normal, ¿cuántas veces toma su hijo(a) jugos, bebidas deportivas o de frutas, refrescos regulares y/o agua con Kool-Aid o azúcar agregada? <input type="checkbox"/> 4 o más <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ninguna [425.2] En un día normal, ¿cuántas veces toma su hijo(a) refrescos de dieta y/o café o té? <input type="checkbox"/> 4 o más <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ninguna			
7. ¿Toma su hijo(a) alguna de las bebidas anteriores de un biberón <input type="checkbox"/> o vasos entrenadores <input type="checkbox"/> ? (seleccione todas las que correspondan) [425.3] <input type="checkbox"/> En la cama por la noche <input type="checkbox"/> En la siesta <input type="checkbox"/> Lleva un biberón o vaso entrenador consigo durante el día			
8. ¿Toma su hijo(a) vitaminas, minerales, plantas medicinales o suplementos de hierbas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta sí, seleccione todas las que correspondan. <input type="checkbox"/> Multivitamina para niños <input type="checkbox"/> Suplemento de hierro <input type="checkbox"/> Suplemento de fluoruro <input type="checkbox"/> Suplemento de hierbas <input type="checkbox"/> Vitamina D <input type="checkbox"/> Otros: _____ [425.7] [425.8]			
9. ¿Cuál es la fuente principal de agua de su hijo(a)? (seleccione una) [425.8] <input type="checkbox"/> Sistema de agua de la ciudad/condado <input type="checkbox"/> Sistema de agua rural <input type="checkbox"/> Pozo privado <input type="checkbox"/> Agua embotellada ¿Se cepilla los dientes su hijo(a) con pasta dentífrica con fluoruro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			
10. En un día normal, ¿cuántas horas pasa su hijo(a) frente a una pantalla (TV, computadora, videojuego, teléfono celular)? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> >0 y <1 hora <input type="checkbox"/> 1 hora <input type="checkbox"/> 2 horas <input type="checkbox"/> 3 horas <input type="checkbox"/> 4 horas <input type="checkbox"/> 5 o más horas <input type="checkbox"/> No sé En un día normal, ¿cuántos minutos pasa su hijo(a) jugando activamente o haciendo ejercicios (sudando o respirando fuerte)? <input type="checkbox"/> Menos de 15 minutos <input type="checkbox"/> 30 minutos <input type="checkbox"/> 60 minutos (1 hora) <input type="checkbox"/> 15 minutos <input type="checkbox"/> 45 minutos <input type="checkbox"/> 90 minutos (1 ½ horas) o más <input type="checkbox"/> No corresponde			
11. ¿Ha visitado su hijo(a) a un dentista en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [381] Si contesta sí, ¿mencionó el dentista algún problema dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta sí, describa los problemas: ¿Tiene su hijo(a) caries dentales (incluyendo caries por biberón), dientes rotos, encías que sangran, le faltan dientes y/o tiene dientes desalineados que hacen difícil masticar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Evita su hijo(a) ciertos alimentos que de otra manera comería, o escoge alimentos más suaves por problemas al masticar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Su CPA/nutricionista comentará la manera de comer de su hijo(a) y hábitos de actividad y le hará más preguntas.			